QUESTIONS DE CHIRURGIE,

PROPOSÉES

PAR M. DUPUYTREN, Inspecteur général de l'Université Impériale, Chirurgien en Chef Adjoint de l'Hôtel-Dieu de Paris, etc., Président du Concours; MM. J.-L.-Victor BROUSSONET, Doyen de la Faculté, Pierre-LAFABRIE, J.-Nicolas BERTHE, Jacques LORDAT, A.-Louis MONTABRÉ, Cl.-J.-Matthieu DELPECH, Professeurs, Juges; et M.-A.-Pyramus DE CANDOLLE, Professeur, Juge-Suppléant:

POUR LA CHAIRE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE,

Vacante dans la Faculté de Médecine de Montpellier, par suite de la mort de M. Charles-Louis DUMAS, Professeur d'Anatomie et de Physiologie;

Présentées à la Dispute, le 8 Janvier 1814,

Par M. JOSEPH FAGES, Docteur en Chirurgie de la Faculté de Montpellier; ancien Chirurgien en Chef de l'Hôpital militaire sédentaire, et de l'Hôtel-Dieu de cette Ville; Membre de la Société des Sciences, Lettres et Arts de Montpellier; Membre associé de la Société de Médecine et de la Société médicale d'Émulation de Paris, du Collége royal de Médecine de Stockolm, et de plusieurs autres Sociétés savantes.

A MONTPELLIER,
De l'Imprimerie d'ANDRÉ TOURNEL aîné, rue Aiguillerie, n.° 43.

1814.

PREMIÈRE QUESTION.

DE LA PÉRITONITE TRAUMATIQUE.

L'EXPÉRIENCE journalière apprend au praticien le moins attentif, que la guérison de la solution de continuité la plus simple, ne s'obtient jamais sans un degré plus ou moins considérable d'inflammation : mais cette même expérience lui montre aussi que cette inflammation traumatique ou vulnéraire peut, en excédant les bornes ordinaires, cesser d'être salutaire et devenir un accident fâcheux.

Une inflammation, d'après l'opinion généralement reçue, suppose une exaltation, plus ou moins long-temps soutenue, de la sensibilité et de la contractilité organiques du système capillaire d'une partie, avec accumulation d'une plus grande quantité de sang dans ces mêmes vaisseaux ; et peut-être même que ce fluide passe alors dans des vaisseaux qui lui étaient étrangers auparavant. Cette augmentation d'action soutenue du système capillaire, laquelle, d'après l'observation exacte des phénomènes que présente l'inflammation, constitue un des premiers élémens de cette affection, consiste au rapport de *John Hunter*, dans une sorte d'érection ou de spasme dilatatoire de ce système.

A ces premières considérations, nous devons ajouter que tous les tissus ne sont pas également susceptibles de contracter ce

mode d'action inflammatoire, du moins au même degré, et que les membranes séreuses sont au nombre des parties qui ont le plus de susceptibilité pour cette affection.

Abstraction faite de toutes les causes internes de l'inflammation, la péritonite traumatique, de laquelle je dois particulièrement m'occuper, est généralement occasionée, ou par l'irritation produite par l'instrument qui a fait la blessure, ou par l'impression plus ou moins durable de l'air (1), ou par l'usage inconsidéré de la sonde, dont l'incertitude, l'inutilité et le danger ont été évidemment démontrés par *Lecat* et *Marriguer*, ou enfin par un mauvais mode de traitement.

La péritonite traumatique a lieu peu de temps après l'action de la cause qui la détermine. Elle commence dans la partie lésée, elle a ordinairement des limites fixes non loin de ce point, et elle prend le caractère de l'inflammation adhésive salutaire. Mais si par une cause quelconque elle franchit les bornes de ce genre d'inflammation, elle s'étend par sympathie de conti-

---

(1) *Monro* assure que l'impression de l'air est extrêmement préjudiciable aux viscères de l'abdomen. Il affirme avoir vu trois cas, où l'air, échappé par l'ouverture d'un intestin dans la cavité du péritoine, avait occasioné une tympanite et une inflammation considérable. Mais, dans ces cas, les effets pernicieux de l'air ne doivent-ils pas être autant, ou plus, attribués à la rétention de ce fluide dans cette cavité, qu'à l'impression qu'il a pu faire sur ces parties? N'a-t-on pas exagéré, ici comme ailleurs, les effets pernicieux de l'impression de l'air sur les parties internes? Une foule de faits ne viennent-ils pas démentir tous les jours ces assertions beaucoup trop vagues? Ne serait-il pas plus vrai de dire, que l'influence malfaisante de l'air est plutôt due à l'état pathologique des parties sur lesquelles il exerce son action, et à ses qualités vicieuses, qu'à son impression simple? Évitons toutefois l'écueil, en n'exagérant pas à notre tour l'innocuité de l'impression de l'air sur les parties internes, et avouons que si l'impression passagère de ce corps sur ces parties, peut être sans danger, son action directe, et plus ou moins durable, peut aussi devenir très-préjudiciable, surtout lorsqu'il est vicié, comme dans les hôpitaux, etc.

nuité dans une étendue plus ou moins considérable, en conservant néanmoins plus d'intensité dans le point lésé, d'où elle s'irradie.

Cette dernière considération m'amène à distinguer une péritonite traumatique salutaire, et une accidentelle. La première est du genre érythématique, elle est douce et légère; elle commence peu de temps après l'action de la cause qui la détermine; elle est bornée à un espace assez limité : peu de douleur la précède ou l'accompagne, et elle est enfin dans bien des cas de l'utilité la plus manifeste, par l'union qu'elle procure entre les parties contenantes et les parties contenues. La seconde au contraire plus intense s'étend au loin dans la cavité, produit quelquefois les symptômes les plus violens de l'inflammation, et devient toujours une complication fâcheuse.

La première, bornée dans le lieu lésé, n'affecte point la constitution, ne trouble que peu ou point les fonctions des organes abdominaux, et ne s'accompagne ordinairement que d'une légère fièvre vulnéraire, qu'on peut comparer à la fièvre éphémère, et qui est propre à résoudre le spasme qui accompagne les blessures.

La péritonite, considérée comme complication, survient en général un peu plus tard; elle se déclare quelquefois par des frissons irréguliers, par une chaleur interne, par l'intumescence et la douleur de l'abdomen; le pouls est le plus souvent petit, concentré, fréquent et inégal; les selles se suppriment, l'urine est rouge et peu abondante, la langue sèche, et la soif ardente; les vents et les matières s'accumulent dans les intestins, ce qui augmente le météorisme; la tension et la douleur du ventre qui ne peut alors supporter la moindre pression, la difficulté de respirer, le vomissement et le hoquet surviennent; la face se décompose, le pouls devient faible et inégal, le malade éprouve des défaillances, et enfin la cessation presque subite de la douleur, l'affaissement du ventre et les sueurs froides survenant, annoncent la gangrène et une mort très-prochaine.

Je crois utile de remarquer ici, que la marche plus ou moins rapide de cette inflammation est subordonnée à une foule de circonstances tirées de l'âge, de la constitution, de la manière de vivre du sujet, du sexe, des maladies régnantes, de la gravité de la blessure, de l'étendue et de la partie du péritoine enflammé; car plus la péritonite s'approche de l'épigastre, plus les symptômes semblent devoir être graves et rapides (1).

La péritonite accidentelle devient souvent une complication fâcheuse (2). Lorsqu'elle n'est pas portée à un très-haut degré, que sa marche n'est pas trop rapide, et qu'on peut lui opposer à temps les secours convenables, elle se termine quelquefois par la résolution; non sans laisser des traces de son existence, soit par des adhérences plus ou moins fortes et étendues; soit en formant une fausse membrane plus ou moins épaisse et adhérente de toute part aux parties voisines; soit enfin en rendant le péritoine plus épais et plus opaque. Peut-être qu'il serait plus exact de considérer ces divers résultats de l'inflammation, comme une terminaison de cette affection, distincte de la résolution.

Si par un concours particulier de circonstances la péritonite devient plus intense, et qu'elle suive une marche plus rapide,

---

(1) Dans cette inflammation, le péritoine semble devenir plus vasculaire, les vaisseaux qui rampent sur cette membrane sont plus dilatés, et contiennent plus de sang; cette membrane séreuse perd sa transparence, devient plus épaisse et comme spongieuse, autant et peut-être plus par l'extravasation de la lymphe coagulable, dans laquelle *John Hunter* présume qu'il se forme de nouveaux vaisseaux, que par l'engorgement du système capillaire.

(2) Plusieurs pathologistes assurent que cette inflammation, à raison de l'isolement des propriétés vitales de cette membrane, n'affecte point les autres tissus des viscères qu'elle recouvre; ce dont j'ai eu lieu de douter quelquefois. *John Hunter* prétend aussi, que le contact naturel des parties contenues dans l'abdomen, empêche généralement que la péritonite ne se propage loin de la partie primitivement affectée.

elle se termine ou par la gangrène, ou par une exsudation puriforme ou lactescente, apérçue par *Ruisch*, mais surtout bien constatée par les observations de *William* et de *John Hunter*, *Hewson* et autres. Il se pourrait bien aussi que cette humeur puriforme ne fût elle-même que cette lymphe cóagulable qui forme les adhérences et qui, mieux ou plus élaborée par le travail de la coction, transsude sous cette forme, se ramasse en un foyer qui tend toujours à se porter vers la peau, au lieu de pénétrer du côté de l'intestin dont il est plus voisin.

Cette exsudation n'exclut pas toutefois les adhérences formées dans le voisinage du lieu où se ramasse cette matière, et dans ce cas même, cette inflammation adhésive, qui souvent précède et d'autres fois accompagne les épanchemens qui se font dans cette cavité, offre ici le plus haut degré d'utilité ; en unissant ensemble les parties contenantes et contenues, elle limite le foyer de l'épanchement, et empêche que la matière ne s'étende au loin dans cette cavité. *William Hunter* remarque, à cette occasion, que les parties sur lesquelles se fait cette exsudation puriforme, sont souvent recouvertes par une croûte glutineuse.

Dans le premier cas de péritonite traumatique, il suffit de garantir la plaie du contact de l'air, de la réunir à l'aide des emplâtres agglutinatifs, ou du bandage unissant ; de prescrire le repos, un régime antiphlogistique, les fomentations et les pansemens rares.

Mais il en est bien autrement de la péritonite accidentelle, qui complique quelquefois d'une manière fâcheuse la blessure de l'abdomen, la plus simple en apparence. Celle-ci exige la plus grande application de la part du praticien ; car il arrive quelquefois que cette inflammation prend une marche insidieuse, je veux dire, qu'elle ne se manifeste pas toujours par des signes bien ostensibles, ou qu'elle se complique avec l'affection bilieuse ou putride des premières voies. C'est ainsi que, d'après *Morgagni*, une inflammation du bas-ventre peut devenir mortelle tout-à-

coup, sans avoir été précédée, ni accompagnée de symptômes graves. *Reil* observe que les inflammations du bas-ventre diminuent considérablement les forces vitales du système sanguin, sans qu'on puisse néanmoins se faire une idée nette de ce phénomène. Au rapport du Professeur *Grimaud*, *Valsalva* redoutait la saignée dans les inflammations du bas-ventre, parce que ces inflammations, rarement simples, se conpliquent souvent avec l'inflammation bilieuse ou putride. *Quarin* remarque aussi, que l'extrême violence des douleurs dans les inflammations du bas-ventre, rend quelquefois le pouls petit et faible, quoique les forces soient d'ailleurs assez considérables.

Bien que les observations de ces grands médecins sur le caractère particulier que présentent quelquefois les inflammations du bas-ventre, méritent la plus grande attention, il est bon aussi d'être prévenu que dans le plus grand nombre des cas la péritonique traumatique prend un caractère bien différent.

Dans le traitement de cette complication, on commencera par prescrire la diète et le repos. La saignée sera plus ou moins largement pratiquée suivant l'âge, les forces, la constitution du malade et autres circonstances. Il est fort ordinaire, ainsi que je l'ai observé après beaucoup d'autres praticiens, que la première saignée ou la seconde développe le pouls fallacieux qui semblait la contre-indiquer d'abord. La saignée générale sera plus ou moins répétée d'après l'état des forces et la violence des symptômes, en y mettant toujours cette sage réserve que les affections abdominales commandent. On prescrira l'usage intérieur des boissons mucilagineuses de graine de lin ou de racine de guimauve, l'eau de poulet ou de veau avec l'orge, les émulsions légèrement parégoriques, les potions huileuses, l'usage fréquent des lavemens émolliens et légèrement laxatifs, et l'application des fomentations émollientes et anodynes sur l'abdomen souvent renouvelées; les bains et les demi-bains émolliens seront fort utiles, si la situation du malade permet qu'on les emploie.

Si malgré l'usage bien entendu de tous ces moyens, la violenee des symptômes ne diminue point, que le ventre reste fermé, que le malade soit tourmenté par des douleurs abdominales, les vents et les vomissemens; on appliquera utilement les ventouses scarifiées vers les lombes ou ailleurs, et les sangsues à la marge de l'anus, surtout si le malade est sujet aux hémorroïdes; on prescrira les lavemens avec la décoction de fleurs de camomille et l'huile camphrée, ainsi que l'usage intérieur de l'huile récente de Ricin; la potion purgative et antispasmodique que *Richter* conseille dans l'étranglement des hernies, peut être du plus grand secours dans cette circonstance.

Si la péritonite se termine par la résolution, les symptômes diminuent graduellement, les fonctions des viscères de l'abdomen se rétablissent dans l'ordre accoutumé, et le malade revient peu à peu à la santé.

Lorsque cette inflammation se termine par l'exsudation puriforme, cette exsudation se fait, ou sur toute la surface du péritoine, ce qui doit être fort rare, du moins je n'en connais pas d'exemple bien constaté; ou, ce qui est le plus ordinaire, dans un ou plusieurs foyers plus ou moins considérables qui répondent généralement à un des points de la partie antérieure et inférieure de l'abdomen; collection limitée par les adhérences qui non-seulement unissent solidement les parties qui entourent le foyer, mais qui empêchent que les autres parties ne fournissent à cette exsudation.

Dans l'un et l'autre cas, cette terminaison s'opère ordinairement du septième au quatorzième jour, quoique dans les inflammations traumatiques la marche de cette affection ne soit pas toujours régulière. Elle s'annonce par des frissons irréguliers et par une rémission dans les symptômes, le pouls conserve néanmoins un mouvement fébrile, qui conduit le plus souvent le malade à la fièvre hectique : on observe une ou plusieurs élévations légères avec tension, dans un point déterminé de l'abdomen,

accompagnée quelquefois d'une enflûre œdémateuse, avec une fluctuation plus ou moins sensible et profonde.

Dans le cas où le foyer purulent est à portée du secours chirurgical, je veux dire, lorsque par la tendance naturelle qu'a la matière à se porter vers les parties externes, elle fait une saillie qui permet de distinguer facilement l'étendue limitée du foyer, et que l'on juge qu'elle doit être absolument évacuée, car quelques praticiens pensent qu'elle peut être résorbée, et le malade guérir sans accident; dans ce cas, dis-je, il faut lui donner issue avec le trois-quarts, si la quantité de matière permet d'employer cet instrument : car *Bell*, qui conseille ce moyen, dit qu'en introduisant obliquement cet instrument dans le foyer, l'air ne peut point y pénétrer, et que l'on évite ainsi le seul danger qu'on ait à redouter dans cette opération. Il assure aussi avoir vu deux cas de foyers de ce genre, qui pour avoir été ouverts avec le bistouri, se sont terminés par une inflammation violente, bientôt suivie de la mort, quoiqu'il n'y eût d'abord aucune apparence de danger. Il rapporte deux autres cas dans lesquels on a évacué le foyer avec le trois-quarts, sans qu'il en soit résulté aucune suite fâcheuse.

Ne conviendrait-il pas mieux d'employer dans ces cas le procédé de M. *Petit* de Lyon, le trois-quarts et la ventouse; et d'associer à ce procédé un régime analeptique et fortifiant, et l'usage intérieur des toniques que réclament les suppurations internes et abondantes, l'épuisement des forces et l'émaciation du corps.



SECONDE QUESTION.

DE L'HÉMORRAGIE CACHÉE,

Suite des Blessures du Bas-Ventre.

Si, d'une part, un grand nombre de vaisseaux sanguins, la plupart d'un assez gros calibre, se trouvent répandus dans presque tous les points de la cavité du bas-ventre, de manière qu'il paraisse difficile d'imaginer qu'un instrument puisse pénétrer un peu profondément dans cette cavité sans en ouvrir quelqu'un; d'un autre côté, le contact immédiat et serré dans lequel se trouvent naturellement les viscères abdominaux, l'action mutuelle qu'ils exercent les uns sur les autres, et la pression simultanée de ces viscères, des muscles abdominaux et du diaphragme, présentent, pendant la vie, une certaine résistance aux épanchemens, dit *Petit* le fils. Mais cette résistance n'est pas toujours telle, qu'elle ne soit souvent vaincue par l'effort du sang, ainsi que le prouvent les observations de *Bonnet*, *Cabrole*, *Petit* le fils, *Vacher*, *Garengeot*, *Moublet*, *Larbaud*, *Vandorpe*, *M. Pelletan*, et autres.

L'hémorragie cachée ou intérieure, à la suite des blessures du bas-ventre, est généralement due à l'ouverture de quelque vaisseau plus ou moins profond, atteint par l'instrument piquant ou tranchant qui a pénétré dans l'intérieur de cette cavité. Mais elle peut être aussi l'effet, ou d'une violente percussion sur cette

cavité, sans solution de continuité extérieure, ou bien celui d'une violente commotion éprouvée par les viscères abdominaux dans le cas d'une chute, etc., ainsi que le prouvent les belles observations de *M. Pelletan*, et du docteur *Ayrault*.

Dans l'hémorragie cachée ou intérieure de l'abdomen, le sang, suivant la disposition de la plaie, la situation et l'espèce du vaisseau ouvert, ou s'infiltre dans le tissu cellulaire du péritoine, ou poussé par l'action simultanée des parties contenantes et contenues, ce fluide est déterminé à se ramasser vers la partie antérieure et inférieure de la cavité abdominale, et rarement dans le bassin; accumulé dans un espace plus ou moins étendu, il se coagule et forme le plus souvent un foyer unique et limité non-seulement par une couenne lymphatique qui lui forme une espèce d'enveloppe qui l'unit fortement aux parties entre lesquelles il est situé, mais encore par une vraie adhérence qui s'est établie tout autour de ce foyer. Néanmoins on peut trouver quelquefois plusieurs foyers dans l'homme vivant, surtout lorsque l'agent vulnérant ayant parcouru un long trajet dans cette cavité, a ouvert en passant plusieurs vaisseaux d'un certain calibre et à une distance plus ou moins éloignée les uns des autres; ou lorsqu'enfin par des adhérences établies avant l'accident, ce fluide a été contraint de prendre des routes différentes. Quelques auteurs ont voulu établir aussi des différences tirées du caractère artériel ou veineux du sang épanché, de la nature mélangée, naturelle ou viciée de ce fluide; mais on présume bien d'avance tout ce que peut présenter de vague et de peu utile à la pratique une pareille recherche.

Les signes de l'hémorragie intérieure ou cachée dans l'abdomen sont fort incertains dès les premiers instans de la blessure, à moins que le sang ne sorte en même temps par la plaie extérieure; ce qui devrait supposer une blessure d'une certaine étendue, plus ou moins parallèle avec l'ouverture de quelque vaisseau considérable, et la perte imminente du malade. Dans le cas contraire,

les symptômes de cette hémorragie se confondent avec ceux des plaies pénétrantes avec lésion des parties internes, tels que la douleur, la tension, la météorisation du ventre, et par suite la suppression ou la rétention des excrétions alvines, la petitesse et la concentration du pouls, le hoquet, le vomissement, etc. Si tous ces symptômes ou quelques-uns seulement, joints à la difficulté de respirer, aux défaillances et aux sueurs froides, se manifestent peu de temps après la blessure, on doit soupçonner que l'hémorragie intérieure est fournie par l'ouverture de quelque gros vaisseau, et déclarer le malade dans le plus grand danger. Dans les cas où l'hémorragie cachée est moins violente, l'effusion du sang au dedans se fait peu-à-peu, il se ramasse vers un des lieux indiqués et y produit des effets subséquens qui en décèlent la présence (1).

Mais si après l'emploi, bien entendu, des moyens généraux et des autres secours appropriés, l'on est parvenu à dissiper tous ces symptômes, ou du moins à les diminuer considérablement, et qu'après une rémission ou intermission de sept ou dix jours, plus ou moins, ces mêmes symptômes augmentent d'intensité ou se reproduisent de nouveau, sans qu'on puisse en accuser une autre cause, et qu'enfin il se joigne à cette succession ou continuité des symptômes, une tumeur circonscrite avec une fluctuation plus ou moins profonde sur un des côtés de l'hypogastre, on a non-seulement l'assurance de l'épanchement, mais aussi celle du lieu où l'on doit ouvrir pour lui donner issue. Si enfin l'épanchement se fait vers la cavité du bassin, ou ailleurs, ce qui heureusement arrive rarement, les symptômes commencent par la région où siége le foyer, et se communiquent de là au reste de l'abdomen.

---

(1) Je néglige à dessein l'explication que donne le célèbre fils d'un aussi célèbre maître ; elle m'entraînerait dans des discussions beaucoup trop longues pour le peu de temps que j'ai à donner à cette composition.

L'art ne présente que des secours indirects contre le premier temps de cette hémorragie cachée. Ces secours se bornent à la saignée, à l'usage intérieur des astringens et des styptiques ; car tout le monde sait aujourd'hui ce qu'on doit penser des ligatures placées sur les quatre extrémités, et que *Van Swieten* opposait aux hémorragies inaccessibles aux secours chirurgicaux. Il reste donc que c'est à la nature à faire les premiers frais de la guérison (1).

(1) Que l'hémorragie s'arrête par la formation d'un caillot qui bouche le vaisseau ouvert, comme l'assure *L. Petit* ; ou par la rétraction de l'artère, ainsi que *Morand* le prétend ; ou par le gonflement du tissu cellulaire, et l'épaississement des tuniques artérielles, comme l'a pensé *Pouteau* ; ou par l'infiltration et la coagulation du sang dans le tissu cellulaire qui entoure l'artère, ainsi que *John Bell* dit l'avoir expérimenté ; ou qu'enfin ce procédé de la nature consiste, comme le prétend *Jones*, dans la rétraction de l'artère dans l'intérieur de sa gaîne cellulaire, et dans le caillot formé par l'extravasation du sang dans cette gaîne, ainsi que dans le tissu cellulaire voisin ; quel que soit de ces procédés temporaires, celui que la nature emploie pour arrêter cette hémorragie, est-il toutefois vrai que la syncope qui accompagne presque toujours les hémorragies, aide puissamment cette opération médicatrice, soit en dissipant l'appareil des mouvemens qui dirigent le sang vers la partie par où se fait l'hémorragie, soit parce qu'elle tend à produire dans le sang une disposition qui favorise la formation du caillot, ainsi que l'a observé *Hewson*. Observation confirmée par les expériences de MM. *Parmentier* et *Deyeux*, qui ont remarqué que, lorsqu'on égorge un animal, les dernières portions du sang qui sort, sont moins fluides, et se concrètent plus vite que les premières.

Mais la nature ne se borne pas à ce premier travail temporaire, et beaucoup trop précaire pour ses vues, elle assure encore la cessation de l'hémorragie d'une manière permanente, en déterminant un certain gonflement dans les tuniques de la partie de l'artère lésée, et une inflammation adhésive qui en réunit les parois, et en oblitère la cavité dans une étendue plus ou moins considérable.

Puisque la puissance médicatrice de la nature est si efficace dans les premiers temps de l'hémorragie cachée, qu'elle est presque la seule ressource de salut; pourquoi cette même puissance serait-elle en défaut, lorsque l'hémorragie est arrêtée, et que le sang est infiltré ou épanché dans le bas-ventre? Quoique quelques auteurs aient déclaré la nature impuissante dans ces cas, et que d'autres aient nié l'absorption du sang dans la cavité des membranes séreuses, un trop grand nombre de faits déposent contre eux, pour que leur opinion puisse être exclusivement adoptée. Il paraît, en effet, 1.° que dans quelques circonstances, l'absorption du sang épanché dans la cavité du péritoine, peut avoir lieu, même après un laps de temps assez long, comme le prouvent manifestement les observations de M. *Pelletan* sur ces épanchemens, et le résultat de l'expérience de *Ruisch* sur un chien (1); 2.° que si l'épanchement sanguin coexiste avec une plaie de l'intestin, l'évacuation de cet épanchement de sang peut s'opérer par la voie des selles, et le malade guérir, ainsi que paraissent le prouver plusieurs observations, entre autres celles de *Ravaton* et *Gaunière*; puisque, chez les malades qui font le sujet de ces observations, la disparition de tous les symptômes de l'épanchement, a eu lieu, de suite après la sortie d'une plus ou moins grande quantité de sang par les selles. Du reste, *Petit* a prévu le cas, en disant que, dans les plaies des intestins, la même ouverture qui a permis l'épanchement, peut aussi fournir une issue pour son écoulement, etc. 3.° Enfin, le foyer étant formé, et les adhérences établies, les inflammations suppurative et ulcé-

---

(1) Parmi les expériences qu'on peut citer pour prouver l'absorption des substances étrangères par la surface interne des membranes séreuses, je rapporterai seulement celle de *Musgrave*; il a injecté à trois reprises 3 1/2 livres d'eau dans la poitrine d'un chien, qui au bout d'un mois a été parfaitement rétabli.

rative, qui tendent toujours vers la peau, s'emparent de la paroi antérieure du foyer, l'ouvrent et donnent issue à l'épanchement, comme l'attestent plusieurs observations, entre autres celle de *Bonnet*, au sujet d'un homme qui, à la suite d'un coup de couteau dans l'abdomen, eut un épanchement sanguin dans cette cavité avec tous ses symptômes; cette collection s'ouvrit spontanément au dehors, et le malade fut parfaitement guéri au bout de trois mois.

Je suis loin toutefois de vouloir inférer de là, que ces épanchemens doivent être confiés aux seuls soins de la nature; je sens trop bien la justesse de l'axiome, que les exceptions, loin de détruire la règle, la confirment; je sais trop bien aussi, combien sont à craindre les suites d'une inflammation trop fortement excitée par la présence, ou par la décomposition de ce foyer, malgré les limites formées par l'adhérence, pour que je pense qu'on puisse différer d'en faire l'ouverture dans la partie la plus saillante, la plus fluctuante, et autant que possible, la plus déclive de la tumeur.

Enfin, les hémorragies cachées, et les épanchemens produits par les violentes percussions des parties contenantes ou contenues, ont ordinairement une terminaison funeste, à raison, surtout, de la violente contusion qui les complique, ainsi que le prouvent incontestablement les observations de M. *Pelletan*.

Je m'abstiens de parler ici de l'hémorragie fournie par l'ouverture de l'artère épigastrique dans les opérations des hernies, de la paracenthèse, et autres cas, ainsi que de l'hémorragie intérieure fournie par le cordon spermatique dans le tissu cellulaire du péritoine, lors de la rétraction de ce cordon après la castration. Ces cas sont, je crois, hors de mon sujet.



TROISIÈME QUESTION.

Des Épanchemens des Matières alimentaires, des Matières stercorales, de la Bile, et de l'Urine, à la suite des Blessures de l'Abdomen.

Les épanchemens énoncés dans cette question, supposent tous une lésion plus ou moins profonde et étendue des canaux ou réservoirs de ces différentes matières. Dans ces cas même, à la lésion des organes, et à la gêne qu'ils éprouvent, se joint la qualité irritante des substances épanchées; ce qui doit nécessairement produire les symptômes les plus graves, et rendre ces épanchemens très-dangereux: aussi voit-on presque toujours le malade périr d'une inflammation gangreneuse, que les secours de l'art les mieux dirigés ne peuvent ni prévenir, ni arrêter. En parcourant les nombreux recueils d'observations, on ne manque pas de s'apercevoir que les faits qui constatent les épanchemens des matières alimentaires et stercorales sont fort rares; ce qui justifie pleinement l'opinion de *Petit* sur la résistance ou la difficulté qu'éprouvent ces matières à s'épancher, et sur la plus grande facilité qu'elles trouvent à s'échapper par le canal intestinal.

L'épanchement de ces matières se fait principalement, lorsque la plaie de l'estomac et des intestins grêles pour les matières

alimentaires, et des gros intestins pour les matières stercorales, est considérable; que cés organes sont dans un état de plénitude, et qu'ils sont agités par des mouvemens antipéristaltiques violens, irréguliers et convulsifs.

Ces épanchemens peuvent n'être pas toujours le résultat d'une plaie pénétrante dans l'abdomen; car il arrive quelquefois, qu'une chute, une pression, ou plus souvent un coup d'instrument contondant, portant avec violence sur un des points de cette cavité, occasionne des déchirures et des ruptures dans les différens viscères qui y sont contenus, sans lésion extérieure, ainsi que le témoignent les deux observations de *Wepfer*, et celle de *Bloom*, sur la rupture de l'intestin *jejunum*, celle de M. *Boyer*, sur la division en travers de toute la circonférence de l'*ileum*, avec une déchirure à une distance un peu considérable de cette division; celle de *Lombard*, sur une rupture du même intestin par un coup de pied de cheval; enfin les quatre exemples de déchirure de l'estomac, rapportés par *Acrel*. *Garengeot* donne l'observation d'un épanchement des matières alimentaires dans le bas-ventre, à la suite d'un coup de couteau de chasse, qui avait percé l'intestin *ileum* en deux endroits, et dont le malade mourut le cinquième jour, après avoir éprouvé les symptômes les plus violens.

Une fièvre violente, accompagnée d'une chaleur ardente; la tension, le gonflement et la douleur excessive du ventre; la suppression des évacuations alvines; la bouche sèche, et une soif dévorante; la difficulté de respirer; la décomposition de la face, et les mouvemens convulsifs, sont les signes qu'on donne de ces épanchemens.

Le silence que gardent tous les auteurs, du moins ceux que je connais, sur ce point de pathologie chirurgicale, et sur le mode de traitement à employer en pareille circonstance, me porte à croire, ou qu'ils n'ont jamais eu à traiter un pareil accident, ou que si l'occasion s'en est offerte, ils ne l'ont reconnu qu'après la mort du malade. Je ne chercherai point à suppléer à ce silence;

mon expérience sur ce point de pratique, ne m'autorise pas à cela : je crois, d'ailleurs, que ces épanchemens ne réclament que l'emploi des moyens généraux ; qu'il peut arriver que ces matières soient reprises par l'intestin ouvert, ou que ramassées, elles excitent une inflammation adhésive, ce qu'elles doivent faire très-promptement ; et alors, ou la matière prendra une issue par la même ouverture qui lui a permis de s'épancher, ou elle formera un foyer à ouvrir.

L'épanchement d'urine dans l'abdomen est un des épanchemens les plus dangereux, et on peut même dire qu'il est mortel, plus par l'irritation et l'inflammation gangreneuse que la qualité irritante de cette liqueur produit, que par toute autre cause. Cet épanchement qui s'annonce par les symptômes les plus violens, est généralement le résultat de l'ouverture de la vessie dans une des parties de ce viscère recouvertes du péritoine, tandis qu'il a rarement lieu dans les lésions des autres parties du système urinaire. Il est utile de remarquer que cet épanchement arrive plus souvent dans le cas de rupture que dans toute autre lésion. Cette rupture, par un coup ou par une chute, suppose nécessairement aussi ce viscère dans un état de plénitude, ainsi que l'attestent les observations suivantes. *Platerus* rapporte l'observation d'une rupture de la vessie par un coup violent sur l'hypogastre, pendant qu'elle était pleine, et qui s'accompagna d'un épanchement urineux et mortel. *Berchelmann* donne une observation semblable. *Bonnet* rapporte une observation de *Spon*, dans laquelle il est question d'une rupture de la vessie par une chute, qui fut suivie d'un épanchement urineux et mortel. *Montagu* donne une observation analogue.

Je vais me permettre d'insérer ici une de mes observations, afférente au sujet dont je m'occupe.

André Reynard, maçon, âgé d'environ trente ans, d'une constitution robuste, fit une chute de vingt-cinq pieds, à-peu-près, de hauteur, le 6 avril 1792. Il perdit instantanément connaissance

et eut une syncope assez forte, de laquelle il revint quelque temps après qu'on lui eut fait prendre quelques cuillerées de vin. Il fut porté à l'Hôtel-Dieu deux heures après la chute ; comme le malade paraissait être encore dans les effets de la commotion, que le pouls était petit, faible et concentré, je lui fis donner quelques cuillerées de potion tonique et antispasmodique. Revenu à lui, le malade m'apprit que pressé par le besoin d'uriner, il se disposait à descendre pour y satisfaire, lorsque la planche de l'échafaud sur lequel il était monté manqua sous ses pieds et le précipita. Aucun signe sensible de lésion ne fut découvert dans aucune partie du corps. Le malade se plaignait seulement d'une douleur assez vive vers la partie inférieure de l'abdomen. En explorant attentivement le bas-ventre, je ne trouvai rien qui annonçât positivement quelque lésion intérieure particulière ; seulement l'hypogastre était un peu plus sensible que les autres régions. Invité à uriner, le malade rendit, avec peine, une très-petite quantité d'urine sanguinolente. Il fut saigné et enveloppé de suite après, dans une peau de mouton récemment écorché : on lui prescrivit une diète rigoureuse, un lavement et une boisson légèrement vulnéraire.

Dans la journée, son pouls se développa, sans autre symptôme remarquable. Il fut saigné de nouveau vers une heure de l'après-midi. Les boissons antiphlogistiques, les lavemens et les fomentations sur le ventre furent prescrits. Vers le soir la fièvre devint plus vive, le ventre se météorisa, devint tendu et extrêmement douloureux, avec chaleur ardente ; et les évacuations alvines furent toujours supprimées ; il fut sondé, il ne sortit que fort peu d'urine sanguinolente. Le soir, mêmes symptômes ; la saignée fut répétée ; les lavemens, les boissons et les fomentations furent continués ; le cathétérisme n'eut pas plus de succès le soir qu'auparavant. La nuit fut plus calme, après qu'il eut poussé une selle assez copieuse, mais les urines ne donnèrent point. Le lendemain matin, le pouls parut plus fort et plus fréquent ; le ventre plus généralement

tendu et douloureux, avec sécheresse de la bouche et soif inextinguible; les eructations devinrent fortes et fréquentes, et la respiration fut un peu gênée. La saignée fut réitérée et tous les autres moyens furent continués : on lui prescrivit une potion huileuse et les applications émollientes sur le ventre; il fut sondé trois fois dans la journée, avec aussi peu de succès que la veille; les symptômes persévérèrent dans la journée avec la même intensité, et les mêmes moyens furent continués sans le moindre effet. Dans la nuit suivante, les symptômes augmentèrent d'intensité; le vomissement et le hoquet survinrent, la respiration fut plus gênée, la face se décomposa, et le pouls devint plus petit, plus faible et plus inégal; le matin, on ajouta une potion anti-émétique aux prescriptions ordinaires. Malgré tous ces moyens, le danger fut toujours croissant, le ventre toujours tendu, ballonné et extrêmement douloureux; le pouls s'affaiblit, le malade éprouva quelques syncopes, les extrémités se refroidirent, et il expira dans la nuit du troisième au quatrième jour.

A l'ouverture du cadavre, qui fut faite en présence des élèves de cet hôpital, nous trouvâmes un épanchement urineux et un peu sanguinolent dans la cavité du bas-ventre; tout le péritoine fortement enflammé, et en grande partie recouvert d'une matière glutineuse et un peu verdâtre; les intestins considérablement distendus par l'air avec beaucoup de sugillations répandues çà et là. La vessie présenta une déchirure d'environ un pouce et demi d'étendue, située vers la région moyenne, et un peu postérieure du côté gauche de ce viscère.

Dans cette observation, tirée d'un simple journal écrit au lit du malade, on y voit la marche successive des symptômes d'un épanchement d'urine qui n'a été reconnu qu'après la mort du malade.

Dans le cas d'épanchement urineux reconnu, outre les moyens généraux indiqués, une sonde de résine élastique, placée à demeure pour détourner les urines, peut être utilement employée, si toutefois le malade peut en supporter la présence; et je ne

vois, d'ailleurs, que beaucoup de doute sur la possibilité et l'utilité de la ponction proposée par *Berchelmann.*

La fluidité de la bile, et son âcreté ; la position de son réservoir, et la faculté supposée ou réelle qu'il a de se contracter ; la propriété qu'on a cru trouver à la bile de se mêler avec la sérosité du péritoine ; les mouvemens irréguliers et convulsifs que cette humeur épanchée excite dans les viscères par son acrimonie ; tous ces motifs ont fait penser à plusieurs auteurs que l'épanchement de ce fluide était non seulement plus irrégulier, plus étendu et plus disséminé dans le bas-ventre ; mais que par sa nature seule, cette liqueur devait nécessairement déterminer une inflammation mortelle.

Nous ne sommes pas encore assez riches en faits de ce genre, pour pouvoir être conduits à des inductions certaines sur tout ces cas.

Comme les autres épanchemens, celui de la bile est le résultat ou d'un coup d'instrument piquant ou tranchant, qui a atteint le réservoir ou les conduits de cette humeur ; ou d'une chute, ou d'un coup d'instrument contondant, qui ont produit la rupture ou la déchirure de ces parties, sans lésion extérieure.

Une douleur aiguë dans le lieu de la blessure ou de la déchirure, bientôt après la tension, la météorisation et la douleur du ventre, la difficulté de respirer, le pouls petit, fréquent et concentré, la chaleur intérieure ardente, le froid des extrémités ; les nausées et les vomissemens ; la bouche sèche et une soif inextinguible ; la décomposition de la face, la faiblesse et l'inégalité du pouls, les syncopes et les sueurs froides, sont les symptômes ordinaires de cet épanchement.

Bien que les observations sur les épanchemens bilieux, n'offrent jusqu'à présent qu'une vraie nécrographie, il est néanmoins utile de les connaître, ne fût-ce que pour le pronostic : d'ailleurs, la comparaison de ces faits nous mettra à même de connaître l'anomalie que présente cet accident, et de juger de ce que peuvent

offrir de certain ou de vague les assertions avancées sur ce point de pathologie.

Bonnet rapporte qu'une femme de Rostoch, frappée d'un coup de bâton par son mari, fut tout-à-coup saisie d'une apoplexie, ou plutôt d'une lipothymie, et qu'elle expira sur le champ. Les médecins et les chirurgiens appelés pour déterminer la cause d'une mort si subite, furent partagés d'opinion. Mais lorsque dans la dissection on fut arrivé à la vésicule du fiel, on la trouva rompue, tandis que les autres parties étaient dans l'état naturel (1). *Salmuth* a vu périr un enfant au 5.me jour d'une contusion de l'hypocondre droit, suivie d'une rupture de la vésicule du fiel et d'un épanchement de bile. *Ferrand* a vu un homme atteint d'un épanchement bilieux, produit par une plaie qui avait ouvert la vésicule du fiel. Ce malade fut affecté d'une tension et d'une inflammation considérable dans les viscères du bas-ventre, avec une soif inextinguible et un ictère noir. Il périt le 8.me jour de la blessure. L'observation de *Stewart*, trop connue pour que je la donne ici, est néanmoins remarquable par la circons-

---

(1) Cette observation, dont quelques auteurs ont fait usage pour prouver l'extrême danger des épanchemens bilieux, n'est rien moins qu'applicable à ce genre d'accident. Il me paraît, en effet, que la rupture de la vésicule du fiel, est par elle-même absolument étrangère à une mort aussi prompte. Mais aussi la rupture de ce réservoir de la bile, à la suite d'un coup de bâton, suppose à son tour (encore que l'auteur de l'observation n'en parle pas) que ce coup a été porté sur le bas-ventre du côté de l'épigastre. Or, l'observation nous apprend qu'un coup, porté avec violence sur l'épigastre, peut devenir subitement mortel, sans laisser aucune trace apparente de lésion, ni à l'extérieur, ni dans l'intérieur de cette région, ainsi que le témoignent les observations de *Paré*, *Lancisi*, *Hoffmann*, *De Haën*, *Schlichting*, *Darwin* et *Barthez*. *John Hunter* dit que les coups sur l'épigastre tuent immédiatement, et que dans ce genre de mort, on ne trouve point les muscles contractés, ni le sang coagulé. *Michaëlis* remarque que les coups violens sur l'épigastre, sont une cause fréquente de mort chez les amateurs du pugilat (*boxers*).

tance que le malade n'avait aucune apparence de fièvre, que son pouls se soutint dans son état naturel jusqu'à la veille de sa mort qui arriva le 7.me jour, et qu'il n'eut pour symptômes qu'une grande tension du ventre, sans douleur, ni vents, ni borborygmes, et une forte constipation. *Waton* rapporte l'observation d'un épanchement bilieux, à la suite d'un coup de baïonnette, qui avait traversé le diaphragme, le grand lobe du foie, et ouvert la vésicule du fiel près de son col; le malade mourut le troisième jour, après avoir éprouvé des coliques violentes et les autres symptômes, mais sans tension du bas-ventre. A l'ouverture du cadavre, on trouva l'épanchement au bas et au devant de la cavité de l'abdomen, et les intestins collés entr'eux par une espèce de gluten. *Skeete* rapporte l'observation d'une rupture de la vésicule du fiel occasionée par une chute, et suivie d'un épanchement bilieux dans l'abdomen. Le malade éprouva les symptômes ordinaires de cet épauchement, avec des alternatives de rémissions et d'augmentations considérables et fréquentes jusqu'au vingt-quatrième jour. A cette époque, et malgré les secours de toute espèce, la difficulté de respirer augmenta, et l'abdomen devint excessivement tendu et fluctuant dans tous les points. On pratiqua la ponction, et on évacua seize pintes d'un fluide jaune qui ressemblait en tout à la bile. Ce qui fut de plus confirmé par l'analyse qu'on en fit. Après cette évacuation, il y eut une rémission sensible des symptômes. Le vingt-septième jour de l'accident ou le troisième de l'opération, les symptômes revinrent avec une nouvelle activité, et jetèrent le malade dans le plus grand abattement; le volume du ventre augmenta de nouveau. Le trente-septième jour de l'accident on pratiqua une seconde opération, qui n'évacua qu'une petite quantité de matière bilieuse. Après cette dernière opération, les symptômes furent toujours en augmentant, le malade s'affaiblit et mourut le quarante-unième jour de l'accident. A l'ouverture du cadavre, on trouva une très-grande quantité d'une liqueur épaisse et bilieuse épanchée dans le péri-

toine ; le foie, sain d'ailleurs, était presqu'entièrement poussé à gauche, et tout l'hypocondre droit était rempli de cette humeur. Il existait un si grand désordre et des adhérences si fortes entre la concavité du foie et les parties voisines, qu'on ne put rien découvrir de satifaisant relativement à la vésicule du fiel et aux conduits biliaires ; en sorte qu'on ne peut pas dire positivement quelles parties avaient été lésées par l'effet de cette chute. Je dirai seulement de l'observation de M. *Sabatier*, insérée dans un ouvrage qui est entre les mains de tous les chirurgiens, qu'elle offre la circonstance remarquable d'un épanchement de l'abdomen sans douleur, formant un foyer limité à la partie antérieure et inférieure de cette cavité, sans avoir pénétré entre les intestins.

Ce récit abrégé des faits qui sont venus à ma connaissance, fournit la preuve de l'anomalie que présentent les épanchemens bilieux, dans leurs causes, leurs symptômes et leurs effets. Ces observations nous font voir aussi combien sont hasardées la plupart des assertions avancées sur ces épanchemens ; mais aussi toutes prouvent jusqu'ici leur léthalité, et jusqu'à un certain point, l'inutilité, tout au moins, de l'opération.



QUATRIÈME QUESTION.

DE L'ISSUE DES INTESTINS,
à l'occasion des Plaies de l'Abdomen.

Abstraction faite de toutes les circonstances particulières qui peuvent aggraver les plaies pénétrant dans la cavité de l'abdomen, l'issue de l'intestin, par une plaie des parois de cette cavité, ajoute peu à la gravité de la blessure ; pourvu toutefois qu'il n'ait éprouvé d'ailleurs aucune altération, qu'il soit libre dans la plaie, et qu'il n'y reste pas trop long-temps retenu. Les viscères de l'addomen ont généralement une tendance manifeste à s'échapper de cette cavité. Mais plus flottans et plus libres, les intestins grêles s'échappent plus fréquemment que les autres, par la division des parois du bas-ventre ; et pour peu que la portion d'intestin sortie reste au dehors, elle éprouve une sorte d'incarcération ou d'étranglement, autant, ou peut-être plus, par son gonflement, que par la crispation et l'intumescence des lèvres de la plaie qu'elle traverse.

Puisque ce n'est pas toujours impunément que la surface interne du péritoine reste long-temps exposée au contact de l'air;

puisqu'enfin l'intestin même peut, par un déplacement plus ou moins durable, donner lieu à des résultats fâcheux, il faut se hâter de le faire rentrer dans l'abdomen, si toutefois rien ne s'y oppose.

Ainsi, lorsque l'intestin sorti sera sain et libre dans la plaie, sans perdre un temps précieux à le fomenter avec des décoctions émollientes, ou à le couvrir et à le réchauffer avec l'épiploon d'un animal récemment tué, ainsi que le recommandent plusieurs praticiens, on doit le faire rentrer le plus promptement possible. Pour cela, le malade sera situé de manière que les muscles abdominaux soient dans le plus grand relâchement possible, et que le corps soit plus incliné sur la partie opposée à la blessure. L'intestin sorti, ayant été débarrassé de toute espèce de corps étranger avec l'eau, le vin ou le lait tiède, sera un peu retiré au dehors, afin de s'assurer qu'il n'a pas été blessé dans la partie qui correspond aux lèvres de la plaie, ou plus profondément : d'ailleurs, cette petite manœuvre, presque toujours utile, diminue souvent le volume de la partie sortie de l'intestin, en facilitant le passage des matières et des vents dans le reste du tube intestinal ; ensuite, au moyen d'une compression modérée, exercée avec le bout des doigts indicateurs, successivement appliqués dans une direction perpendiculaire à la cavité abdominale, afin d'éviter que l'intestin ne s'engage entre les aponévroses, si la plaie est vers la ligne blanche, on pousse progressivement l'intestin, en commençant par la portion sortie la dernière, ou par le mésentère, lorsqu'il s'y trouve ; et on continue de la sorte jusqu'à ce que tout l'intestin soit rentré.

Lorsque la réduction de l'intestin offre des difficultés, soit parce que celui-ci s'est boursoufflé, et que l'ouverture par où il s'est échappé est trop étroite, à raison de sa crispation ou de son gonflement, soit parce que, pour opérer cette réduction, on serait obligé d'employer un degré de pression fort au-dessus de celle que peuvent supporter, sans danger, des organes aussi

délicats ; dans ces cas, dis-je, les auteurs ont indiqué l'application des émolliens, les acupunctures et la dilatation de la plaie. L'effet des émolliens est trop incertain et trop long ; les acupunctures, proposées dans l'intention de donner issue à l'air contenu dans la portion d'intestin incarcérée, ne méritent guère plus de confiance, et bien que conseillées par des praticiens d'une réputation distinguée, elles ont été rejetées par *Eschenbach* et autres. En effet les acupunctures doivent être inutiles si on les pratique avec un instrument délié, parce qu'alors la mucosité intestinale bouche de suite ces ouvertures et les rend nulles, et quel que soit l'instrument dont on se sert dans cette opération, ces piqûres faites sur des parties aussi sensibles et aussi irritables sont toujours dangereuses par l'inflammation qu'elles y attirent. Reste enfin la dilatation, qui est le meilleur moyen et le plus sûr, lorsque par des pressions douces et faites avec beaucoup de prudence on n'a pas pu réduire l'intestin. Plusieurs instrumens ont été imaginés pour faire cette dilatation. Mais aujourd'hui on ne se sert que d'un bistouri à pointe mousse et à lame étroite, d'une sonde cannelée et mieux de la convexité de l'ongle du doigt indicateur sur laquelle on dirige à plat le bistouri vers l'un des angles de la plaie. On doit ménager autant que possible l'étendue de ces incisions, afin d'éviter les hernies ; il faut les diriger de manière à s'éloigner autant qu'on le peut des aponévroses, des vaisseaux et de la partie inférieure de l'abdomen. On doit enfin prendre les plus grandes précautions pour garantir l'intestin du tranchant de l'instrument ; en incisant peu à peu les parties externes, et couvrant l'intestin sorti avec les doigts de la main gauche, on glisse sur la convexité de l'ongle du doigt indicateur de cette main, placé dans l'un des angles de la plaie, la pointe mousse du bistouri, pour débrider les parties les plus profondes.

Si l'intestin engagé dans la plaie est étranglé, je veux dire, si le resserrement trop fort ou trop prolongé de l'intestin a pro-

duit l'inflammation ; cet état amène la tension extrême, la rougeur forte et foncée, la douleur vive de l'intestin déplacé, et par une suite nécessaire le trouble général des fonctions des organes abdominaux. Dans ce cas, qui rentre à peu près dans la classe des hernies étranglées, on doit sans perdre un instant, débrider la plaie et faire rentrer l'intestin dans l'abdomen ; car ici la cessation de la constriction de l'intestin, jointe à l'humidité et à la chaleur naturelle de la cavité du ventre, est sans contredit le meilleur résolutif. On ne négligera pas dans cette circonstance, le régime antiphlogistique, les boissons mucilagineuses, les huileux, les lavemens émolliens et anodins, les fomentations sur le ventre, etc.

Si cet accident a été négligé, ou que par toute autre cause, l'étranglement ait occasioné la gangrène de la portion déplacée de l'intestin ; cet état, le plus fâcheux de tous, a pour résultat inévitable un anus contre nature que le malade est condamné à garder toute sa vie. Il est fort utile de remarquer à cet égard que dans ce cas et dans les analogues, la couleur quelquefois livide ou noirâtre de l'intestin peut tromper le jeune praticien, et lui faire croire qu'il est gangrené. J'ai réduit deux fois avec succès, dans le cas de hernie, l'intestin ainsi sugillé. Lors donc que l'intestin, quoique livide ou noirâtre, conserve sa forme, et qu'il présente sa rénitence ordinaire, il est encore dans un état à pouvoir être réduit, et il doit l'être. Mais si cette portion d'intestin est affaissée, mollasse, que son enveloppe membraneuse se détache facilement, et qu'elle exhale une odeur cadavéreuse, alors la gangrène a lieu. Dans ce cas, on ne doit point chercher à réduire l'intestin ; trop de danger suivrait une pareille tentative, et l'on doit se conduire comme dans les hernies avec gangrène ; c'est-à-dire que l'on doit confier ce cas aux soins de la nature, qui, dans cette circonstance, comme dans tant d'autres, est infiniment au-dessus de l'art. Qu'on ne s'attende pas toutefois à trouver ici, comme dans la hernie avec gangrène, des ressources

aussi efficaces de la part de la nature; car dans le cas qui nous occupe, ainsi que le célèbre *Scarpa* l'a observé, l'intestin manque de ce prolongement du péritoine que cet auteur nomme entonnoir; expansion membraneuse du péritoine, laquelle, dans le cas de hernie avec gangrène, dirige le cours des matières, et réunit, ou pour mieux dire, parachève une espèce de canal qui rétablit la communication des deux bouts de l'intestin. Dans notre cas enfin, l'intestin, ayant contracté de fortes adhérences avec les lèvres de la plaie extérieure, ne peut point se retirer vers la cavité de l'abdomen, comme dans la hernie, et les matières sont forcées à couler continuellement au dehors.



CINQUIÈME QUESTION.

Du Traitement des Blessures des Intestins.

Les blessures des intestins sont avec lésion ou sans lésion des parties externes. Nous avons parlé des dernières en traitant la question des épanchemens des matières alimentaires et stercorales.

Les premières ont lieu, lors d'une solution de continuité pénétrante, occasionée par un instrument piquant, tranchant ou contondant. Dans ces circonstances, les intestins sont blessés ou dans la cavité, ou hors de la cavité; le premier cas est sans doute, à choses égales d'ailleurs, beaucoup plus dangereux que le second.

Ces blessures affectent les intestins grêles ou les intestins gros. Celles des intestins grêles sont reconnues à la situation de la plaie, à la sortie des matières alimentaires et chyleuses par la plaie, et du sang noir et coagulé par la bouche et par l'anus, tandis que lorsque la blessure a lieu dans les gros intestins, les matières fécales sortent par la plaie, et une grande abondance de sang sort par l'anus seulement. A ces signes particuliers se joint la douleur vive de la partie lésée, qui s'étend rapidement dans tout l'abdomen; le ventre se tend et se météorise, la fièvre se déclare, les évacuations alvines se suppriment, le hoquet, le vomissement et la difficulté de respirer surviennent; les défaillances, le froid des extrémités et les sueurs froides terminent ordinairement la scène.

Il est très-difficile de prononcer dans tous les cas, sur la léthalité ou la non léthalité des plaies des intestins; les faits nombreux et contradictoires qu'on trouve dans tous les recueils d'observations, ne nous aident pas beaucoup à fixer nos idées sur ce point important de pathologie, et s'il fallait même s'en rapporter au grand nombre de ceux qui attestent leur guérison, on serait tenté de ne plus regarder ces blessures comme généralement mortelles : tant il est vrai que les observations qui ne nous apprennent que les succès (et ce sont presque les seules qu'on nous communique), sont souvent loin de nous éclairer sur les vrais principes. Néanmoins on peut dire qu'à choses égales d'ailleurs, les plaies des intestins avec issue sont moins dangereuses que les autres; et qu'en général, les plaies des intestins grêles, à raison de la situation, de la structure, du calibre, de la mobilité, et surtout des fonctions de ces organes, sont plus dangereuses que celles des intestins gros.

L'on est bien convaincu aujourd'hui, que les deux lèvres de la plaie d'un intestin ne se réunissent jamais ensemble, mais qu'elles s'unissent par une inflammation adhésive à la surface interne du péritoine qui revêt les parois de l'abdomen, ou à la surface d'un viscère voisin.

Dans les plaies des intestins renfermés dans l'abdomen, le danger ne vient pas seulement de l'épanchement du sang, des matières alimentaires et stercorales; l'épanchement de l'air ou de cette espéce de gaz hydrogène contenu dans les intestins, est encore à craindre, comme plus facile à se faire, et comme pernicieux pour les parties avec lesquelles ce fluide est en contact. Les observations de *Monro* nous ont déjà fourni la preuve de ce fait. Mais dans ce cas, ainsi que nous l'avons remarqué auparavant, l'épanchement de l'air dans la cavité de l'abdomen, devient sans doute plus dangereux par sa qualité vicieuse, et par les effets qui résultent de sa rétention, que par son impression simple.

Ce genre de plaie n'admet généralement que l'emploi des secours

généraux, propres à toutes les plaies compliquées de cette cavité: il serait, je pense, infiniment dangereux, dans ce cas, de dilater la plaie pour chercher à saisir l'intestin, et y pratiquer la suture.

Aujourd'hui la pratique, plus simple et plus conforme à la marche de la nature, prescrit de faire coucher le malade sur le côté de la blessure, d'introduire dans la plaie uue bandelette de linge fin et usé, ou mieux un petit linge criblé de petits trous, et de recouvrir le tout avec la charpie et le bandage. Le repos le plus parfait, une diète sévère, la saignée, les lavemens, les boissons mucilagineuses en petite quantité et souvent répétées, les fomentations émollientes, etc., doivent concourir au succès de ce mode de traitement. On devine aisément que ces moyens tendent tous à faciliter l'adhérence de l'intestin lésé avec le voisinage intérieur de la plaie extérieure, à fournir une issue facile aux matières qui peuvent s'échapper d'abord des intestins, à prévenir leur épanchement dans la cavité du péritoine, et à modérer les accidens qui accompagnent ces blessures.

Le second cas, dans lequel l'intestin blessé est dehors, suppose généralement, qu'il a été lésé dans cette position, à moins que la plaie pénétrante de l'abdomen ne soit d'une très-grande étendue. Dans ce cas, le seul où l'issue de l'intestin soit avantageuse, la blessure est petite, ou étendue suivant la longueur, ou en travers du cylindre intestinal.

Si la plaie est petite, on doit réduire l'intestin, et suivre le mode de traitement précédent. Si la plaie est étendue, mais plus ou moins, suivant la longueur du tube intestinal, on conseille d'y pratiquer la suture: les uns regardent cette opération comme indispensable; et les autres, *Scarpa* surtout, la considèrent, non-seulement comme inutile, mais aussi comme dangereuse et mortelle.

Ceux qui conseillent la suture, font choix de celle à point passé, comme plus conforme au procédé de la nature pour la réunion, ou du moins parce qu'elle ne le contrarie pas, ainsi

que doivent nécessairement le faire la suture du pelletier et celle à anse. Les autres veulent qu'on replace l'intestin dans le bas-ventre, comme dans le premier cas; qu'on suive le même traitement, et que, pour plus de sûreté, on se permette de passer une anse de fil à travers la portion du mésentère qui correspond à l'intestin, pour la retirer deux jours après comme inutile. Comme ces deux méthodes de traitement se trouvent également étayées de faits nombreux qui en assurent les succès, il faut attendre que, par des observations ultérieures, faites avec soin et avec un esprit libre de toute prévention, les grands praticiens prononcent.

Quelqu'éloigné qu'on soit de l'emploi des sutures dans les plaies des intestins, on peut être quelquefois contraint d'y avoir recours: tel me paraît être le cas d'une plaie en travers et fort étendue, qui aurait à la fois pénétré dans l'abdomen, et divisé l'intestin dans une étendue assez considérable.

Dans le cas où l'intestin serait divisé en travers, dans toute ou dans la plus grande partie de son étendue (je ne me rappelle cependant pas d'avoir jamais vu, ni lu de fait semblable); dans ce cas, dis-je, on a proposé de réunir les deux bouts de l'intestin par le procédé simple, ou soutenus par un morceau de trachée-artère, ou par une carte roulée et vernissée, ou par un cylindre de suif, ou de colle de poisson. Au reste, ce procédé, tout ingénieux qu'il paraît d'abord, a été trop solidement réfuté par *Scarpa*, *Heyligers*, et autres, pour que je m'en occupe. Si donc un cas pareil se présentait, il ne resterait peut-être d'autre ressource pour sauver la vie du malade, que de retenir les deux bouts de l'intestin dans la plaie extérieure, à l'aide d'une anse de fil passée à travers le mésentère.

Dans les plaies des intestins faites par des armes à feu, il s'établit assez promptement une inflammation adhésive dans tout le trajet des parties que la balle a traversées. D'où résulte, dit *John Hunter*, une sorte de canal qui s'oppose fortement à l'épan-

chement des matières dans la cavité du péritoine. Ce genre de plaies n'admet généralement que l'emploi des secours généraux. On trouve dans les recueils d'observations de chirurgie militaire une foule de faits qui confirment ces principes.

En finissant mon travail, je m'aperçois que pour traiter convenablement une série de qnestions aussi importantes, il m'eût fallu sans doute plus de génie pour en bien saisir l'esprit, plus de talent, de connaissances et de temps pour y répondre d'une manière satisfaisante. Si j'ai manqué de moyens pour atteindre le but, j'ai du moins fait tous mes efforts, et je ne croirai pas avoir tout à fait travaillé en vain, si j'ai pu fixer un instant l'attention de mes juges.

FIN.